

様式第1号の4

下記貸付金額のとおり決定してよいか伺います 年 月 日決定 決定番号	事務局次長	事務局次長	参事	課長	副参事	担当マネージャー	課員

出 産 貸 付 申 込 書

				決 定 額	千円
貸付申込金額	金	千円	所 属 所 名		
貸付申込事由	1 出産予定まで2月以内の申込み（多胎妊娠は4月以内） ※多胎妊娠の場合、多胎を○で囲んでください。		(多胎)	出産予定年月日 平成 年 月 日	
	2 妊娠4月以上で医療機関等に一時的な支払いの為			金額 円	
※該当する番号を選択してください。					
組合員証記号番号	組 合 員 氏 名		給 料 月 額	出 産 予 定 者 ※該当する番号を選択してください。	
—			円	1 組合員 2 被扶養者	
資格取得年月日		資格喪失年月日			
昭和 平成	年	月	日	平成	年 月 日
貸付申込人の署名欄	青森県市町村職員共済組合貸付規則に基づき上記の金額を借り受けたく申し込みいたします。				
	平成 年 月 日		申込人住所		
				申込人氏名 印	
上記の貸付申込人は、信用確実な者であり、十分な償還能力があることを認めます。					
平成 年 月 日		青森県市町村職員共済組合理事長 様			
			所属所長 印		
(審 査)					
			承 認	不 承 認	
			貸付金額	(理由)	
			千円		

(注) 1 この申込書には貸付規則第8条第3項に定める書類を添付してください。

2 決定額、審査欄は記入しないでください。